

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

120

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 28 décembre 1897, à 1 heure

PAR

Claude-Marie ROSAIN

Né à Sormay (Saône-et-Loire), le 14 juillet 1867.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS GAZEUX SOUS-DIAPHRAGMATIQUES

Président: M. DELOVE, professeur.

*Juges: MM. } GUYON, professeur.
 } GILBERT et HARTMANN, agrégés.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

—
1897

Année 1897

THÈSE

N°

120

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 28 décembre 1897, à 1 heure

PAR

Claude-Marie ROSAIN

Né à Sormay (Saône-et-Loire), le 14 juillet 1867.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS GAZEUX SOUS-DIAPHRAGMATIQUES

Président: M. DELOVE, professeur.

MM. } GUYON, professeur.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

MM. } GUYON, professeur.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

GILBERT et HARTMANN, agrégés.

ITEUR

MÉDECINE, 23-25

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	GUYON.
	{ N.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHARRIN.	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHASSEVANT	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
DELBET.	LETULLE	RICARD.	WIDAL
			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin de l'hôpital Beaujon.
Membre de l'Académie de Médecine.

A M. LE DOCTEUR COURTOIS-SUFFIT

Médecin des Hôpitaux.

A MA MÈRE

AVANT-PROPOS

Dans le courant du mois de juillet dernier, nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le docteur Courtois-Suffit, un cas très intéressant et qui tint pendant quelques jours en suspens le diagnostic de notre maître. Ce malade présentait au début tous les signes de l'obstruction intestinale, mais le cours des matières ne tarda pas à se rétablir; peintre en bâtiment, il avait aux gencives le liseré saturnin : on pouvait donc raisonnablement attribuer aux coliques de plomb les douleurs abdominales qu'il ressentait, car la fièvre était insignifiante. Enfin, un matin, au cours de la visite, M. Courtois-Suffit, s'appuyant sur des signes nouveaux qu'il venait de constater, posa le diagnostic ferme d'abcès gazeux sous-diaphragmatique, diagnostic qui fut vérifié au cours de l'opération pratiquée par M. Lejars. Le malade était en pleine convalescence, quand le 1^{er} août, une jeune femme entra dans le service, présentant un ensemble de symptômes tels, que notre maître, instruit par un exemple récent, les rattacha sans hésitation à l'existence d'une collection gazo-purulente située sous le diaphragme.

En présence de deux cas si rapprochés, l'idée nous vint alors d'étudier cette affection qui, suivant la remarque

d'un chirurgien américain, n'est peut-être très rare que parce qu'elle est peu connue, et nous résolûmes d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Mais, arrivé au terme de nos études médicales, qu'il nous soit permis d'exprimer notre profonde reconnaissance aux maîtres à qui nous devons notre éducation clinique.

A M. le docteur Gombault, chez lequel nous avons débuté.

A M. le docteur Rigal, qui restera pour nous le modèle du clinicien consciencieux et dévoué.

A M. le professeur agrégé Lejars dont, l'enseignement essentiellement pratique sera toujours notre meilleur guide.

A M. le professeur Berger, dans le service duquel nous avons fait notre stage chirurgical.

A M. Jules Simon, si bienveillant pour nous pendant tout le temps que nous avons passé aux Enfants-Malades.

M. le docteur Ribemont-Dessaigues a bien voulu nous initier pendant plusieurs mois à sa pratique savante de l'art des accouchements : nous l'en remercions sincèrement. Nous n'avons garde d'oublier M. le docteur Dubrisey, chef de clinique de M. le professeur Tarnier chez lequel nous avons accompli notre stage obstétrical.

Nous avons des obligations particulières envers M. le docteur Courtois-Suffit. C'est dans son service que nous avons trouvé le sujet de notre thèse ; il n'a cessé depuis lors de nous donner, avec une amabilité extrême,

de nombreux renseignements bibliographiques et les conseils les plus précieux.

MM. Florand et Launois, médecins des hôpitaux, dont nous avons été momentanément l'élève ont toujours été dès lors d'une grande bienveillance à notre égard. Nous aimons à nous en souvenir aujourd'hui.

Enfin nous sommes très reconnaissants à nos amis Laurent et Rossignol du concours utile qu'ils nous ont prêté pour la traduction des publications étrangères.

Que M. le professeur Debove, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, daigne agréer, avec notre gratitude, nos hommages respectueux.

INTRODUCTION

On désigne sous le nom d'abcès gazeux sous-diaphragmatiques des collections constituées par une accumulation de pus et de gaz sous la voûte du diaphragme. Ce sont des péritonites circonscrites dont la nature, les symptômes généraux, les signes physiques et fonctionnels sont tels qu'ils créent à ces affections une place à part dans le cadre nosologique. Lorsque ces abcès se développent du côté du thorax, en refoulant le diaphragme et le poumon, on constate, dans cette partie du corps envahie, tous les signes d'une pneumothorax vrai : souffle amphorique, tintement métallique, abolition du murmure vésiculaire, etc. C'est ce qui avait conduit le professeur Leyden, en 1879, à réunir sous l'épithète de pyopneumothorax subphrenicus toutes les collections gazo-purulentes qui se développent dans l'étage supérieur de l'abdomen. La dénomination n'est peut-être pas irréprochable, car, dans bien des cas, comme l'a fait remarquer M. Debove, les signes physiques sont localisés en une région telle qu'on ne saurait penser un instant au pneumothorax. Mais elle a l'avantage d'indiquer nettement la nature de l'affection : il s'agit d'un mélange de pus et de gaz.

Aussi n'est-ce pas sans surprise que l'on voit dans

les publications postérieures au travail du professeur de Berlin, des écrivains médicaux confondre, dans une même description, les suppurations simples du péritoine hépatique avec la « maladie de Leyden ». Cette confusion, nous l'avons trouvée dans les travaux les plus récents publiés à l'étranger, et dans une revue générale parue sous la signature de M. le docteur Mauclaire, en 1895 (*Gazette des Hôpitaux* du 16 mars). Dernièrement enfin, à la Société de Chirurgie (séance du 17 novembre 1897), dans la discussion qui suivit la communication de M. Michaux, nous avons vu plusieurs de nos maîtres citer des cas opérés par eux et qui n'avaient qu'un rapport assez éloigné avec le malade chez lequel M. Michaux est intervenu, et dont nous publions plus loin l'observation. (Observation de MM. Gilbert et Garnier).

Sans doute, comme le fait remarquer Grimm, (*Prager Medicinische Vochenschrift*, 30 avril 1896) en se plaçant au point de vue exclusivement chirurgical, la question est secondaire, après tout, de connaître le contenu exact de l'abcès ; qu'il soit simple ou gazeux, dans les deux cas l'indication est la même : sitôt le diagnostic posé, intervenir sans retard et largement. Mais le médecin, à qui le malade s'adresse tout d'abord, devra forcément la faire, cette distinction, sans quoi il s'exposerait à des erreurs de diagnostic très graves. D'ailleurs, comme nous essaierons de le montrer plus loin, l'abcès gazeux sous-diaphragmatique a une pathogénie spéciale. Si les symptômes généraux sont les mêmes que dans l'abcès sous-phrénique simple, tout autres sont les signes physiques et fonctionnels. On ne saurait nier enfin que la

présence de gaz dans ces collections, par les phénomènes mécaniques qu'elle occasionne, comme par les lésions qu'elle suppose chez certains malades, fait prévoir un pronostic d'une extrême gravité pour l'affection que nous allons maintenant étudier.

HISTORIQUE

Il en est del'abcès sous-diaphragmatique gazeux comme de l'appendicite ; après avoir été pendant de longues années une trouvaille d'autopsie, les médecins sont arrivés à le diagnostiquer sur le vivant, puis la chirurgie s'en est emparé ; les travaux les plus complets publiés à l'étranger sur la question depuis deux ans sont signés par des chirurgiens.

Nous ne ferons pas une histoire complète de ces abcès ; nous nous bornerons simplement à souligner tout le temps qu'il a fallu aux observateurs pour en arriver au type clinique tel qu'on peut le concevoir aujourd'hui.

Dès le commencement du siècle, on trouve mentionné de loin en loin des cas d'abcès situés entre le foie et le diaphragme ; mais la première observation que nous ayons rencontrée au cours de nos recherches, date de 1830 ; nous la publions à cause de l'intérêt historique qu'elle présente.

OBSERVATION I (Résumée)

DELPECH *Mémorial des Hôpitaux du Midi*, p. 388. Année 1830.

A l'autopsie d'un malade mort d'un ulcère de l'estomac, on trouve une communication entre l'estomac et une cavité distincte, limitée par des adhérences entre la paroi antérieure de

l'estomac, le colon, le foie et un point correspondant de la partie antérieure. Ces adhérences étaient solides et de nouvelle formation. On y distinguait des vaisseaux propres, bien manifestes, mais on pouvait, par une dissection facile, retrouver les organes normaux et les séparer sans les endommager. A gauche de cette enceinte anormale, était une ouverture, rupture manifeste des adhérences qui venaient d'être étudiées et qui communiquait avec un autre sac plus récent.

En 1845, Barlow le premier, fait un diagnostic précis sur le vivant, mais il ne croit pas devoir intervenir chirurgicalement et le malade meurt ; le billet d'autopsie porte : abcès épigastrique. En 1874, notre maître, M. le docteur Rigal publie une observation d'abcès gazeux consécutif à un ulcère de l'estomac ; il désigne l'affection sous la désignation de périhépatite suppurée avec abcès fétide. En 1879, Cossy, à propos de deux cas de péritonite sus-hépatique ayant donné les signes d'un pneumothorax, crée le mot de faux pneumothorax. Presque en même temps, Leyden publie un travail sur ce sujet et décrit un certain nombre de signes qui sont devenus classiques. Depuis cette époque, le « pyopneumothorax subphrenicus de Leyden » est entré dans le cadre nosologique.

En 1890, M. le professeur Debove opère avec succès, pour la première fois, un malade de son service atteint d'« abcès gazeux sous-diaphragmatique ».

En 1891 paraît la thèse de Radaman. M. Mauclaire, notre ancien prosecteur à l'École pratique fait, en 1895, une Revue générale des abcès sous-diaphragmatiques simples et gazeux, bientôt suivie d'une clinique de M. Potain et de la thèse de Lang.

En 1896, Carl Beck consacre à la question douze pages du *Medical Record* ; Grimm, en Autriche, Lauenstein, en Angleterre, s'occupent surtout du traitement. En février 1897, thèse de Bedreska.

Signalons, pour terminer, la communication faite par M. Courtois-Suffit à la Société Médicale des hôpitaux, le 18 novembre 1897.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Dans une monographie très détaillée, publiée à Vienne en 1894, Maydl, étudiant les abcès sous-diaphragmatiques simples et gazeux, les divise au point de vue étiologique en 12 groupes différents. La statistique de Lang (1895), qui porte sur 176 cas, donne :

Maladies de l'estomac.....	42
— du duodenum.....	10
— des autres parties du tube digestif...	2
Appendicite et périappendicite.....	26
Maladies du foie.....	9
— des voies biliaires.....	17
— de la rate.....	6
— des organes génitaux de la femme..	4
— des reins.....	3
Etat général mauvais.....	3
Maladies de la cave thoracique.....	7
Cause inconnue.....	35
	176

Etant donné ces origines variées, voici comment on peut expliquer la formation de ces abcès et leur présence très fréquente entre le foie et le diaphragme.

Le péritoine, pour tapisser les différents organes qui se trouvent en rapport avec la face intérieure du diaphragme, forme des replis nombreux délimitant des cul-de-sac séreux qui sont facilement isolés de la grande cavité péritonéale par la péritonite adhésive. Ces loges sont surtout nettes à la face supérieure du foie, où le ligament coronaire et le ligament suspenseur habituellement respectés, forment des limites naturelles ; mais elles peuvent aussi occuper le côté gauche, entourant l'extrémité supérieure de la rate et se limitant en bas par les adhérences de l'estomac et du colon transverse à la paroi abdominale. Si l'enflammation des viscères sous-jacents, qui a produit des adhérences, aboutit à une perforation avec évacuation de pus ou de matières gastriques ou intestinales, des cavités accidentelles sont envahies par la suppuration, et ainsi se trouve constitué l'abcès (Mérigot de Treigny).

Quant à la localisation sus-hépatique de ces épanchements gazo-purulents, M. le professeur Potain en fait une question purement mécanique. « Le foie, dit-il, est un organe très lourd ; c'est le viscère le plus pesant de l'abdomen ; il a une tendance à s'affaisser en repoussant le coussin mobile que lui forment les anses intestinales. Par suite, les liquides et les gaz qui se sont épanchés dans la cavité péritonéale, sont repoussés vers l'espace limité par la face supérieure du foie et la face inférieure du diaphragme et s'y accumulent dans la position couchée (décubitus dorsal) du malade ». Si les intestins ne s'introduisent pas dans cet espace, c'est qu'en pareil cas, ils sont distendus par des gaz et représentent des corps

solides incapables de s'accommoder aux dimensions exigües de l'espace sus-hépatique.

La présence des gaz dans ces collections soulève, dans certains cas, une des questions les plus intéressantes de leur histoire.

Dans le cas de perforation (ordinairement l'estomac, le duodenum ou l'appendice cœcal), ou bien, à la suite de l'infection de la séreuse par les liquides épanchés, une péritonite rapidement mortelle se déclare ; ou bien des adhérences, si une inflammation antérieure ne les avait pas créées, se forment, constituant une poche que les autopsies nous montrent en communication avec l'organe perforé et dans laquelle les gaz du tube digestif font irruption.

Mais les cas sont nombreux où, à la suite d'une terminaison fatale, on n'a pas trouvé la moindre érosion du tube digestif, malgré les recherches les plus minutieuses. D'autre part, certains malades opérés avec succès, n'avaient jamais souffert que de troubles dyseptiques vagues, de constipation habituelle, etc. Que des péritonites partielles puissent se déclarer dans ces conditions, l'infection intestinale cause de ces accidents, se propageant à la séreuse par la voie lymphatique, le fait est admis depuis longtemps, nous n'insisterons pas.

Mais d'où viennent les gaz de ces abcès ? Les malades de MM. Gilbert (Observation II) et Muselier (thèse de Thouvenin), atteints de péritonite tuberculeuse, n'avaient aucune perforation intestinale : M. Jonnesco n'a retrouvé qu'une constipation habituelle dans les antécédents de son opéré. N'oublions pas, enfin, que la statistique de Lang comprend 35 cas de cause inconnue.

Ceci nous amène à dire quelques mots de l'importante question des gaz du pus, de leur développement spontané possible dans les cavités séreuses, et particulièrement dans le péritoine.

Les premières recherches bactériologiques destinées à expliquer la présence des gaz dans le pus, ont été entreprises par Arloing en 1887 (Rajon, *Archives provinciales de Chirurgie*, 1^{er} juillet 1895). A propos d'un malade atteint d'un abcès gazeux de l'orbite, le professeur de Lyon put isoler du pus de cet abcès un bacille gazogène qui avait quelque ressemblance avec le vibrion septique ; c'était un bacille aérobie et anaérobie, inoculé au rot, il occasionnait la présence de gaz dans les tissus. En 1891, Hoppe Seyler, analysant le contenu d'un abcès gazeux de la cuisse, trouva qu'il contenait de l'acide carbonique, de l'hydrogène, de l'azote et pas d'oxygène.

Fränkel de Hambourg, enfin, dans 4 cas non douteux d'abcès gazeux, prétend avoir isolé un bacille caractéristique qui se cultive sur agar et donne des chaînettes. Il se colore par la méthode de Loeffler. L'inoculation sur le cobaye a toujours donné des résultats positifs. Ce bacille serait gazogène et non pyogène. La présence du pus à la suite des inoculations devrait être attribuée à des infections secondaires dues au streptocoque et au staphylocoque.

Si donc il existe des germes capables de produire des gaz au sein de tissus, pourquoi n'en serait-il pas de même dans les grandes cavités séreuses, le péritoine et la plèvre ?

Le pneumothorax essentiel admis autrefois sans con-

teste, ne s'est pas encore relevé de la condamnation portée contre lui par Behier et M. le professeur Proust (thèse d'agrégation 1875). Depuis plusieurs années cependant, quelques voies se sont élevées en sa faveur à la suite de travaux récents : il est probable que le pyopneumothorax subphrénique bénéficiera des recherches entreprises sur ce point spécial de pathogénie.

D'ailleurs les discussions qui ont eu lieu à ce sujet au sein des sociétés médicales de Londres et de Berlin sont confirmatives de ce que nous avançons. Comme le disait-on avec raison Fränkel en 1891, il est tout naturel d'admettre que des bacilles qui produisent des gaz dans l'intestin conservent leurs propriétés en tombant sur un terrain aussi favorable que celui de l'abcès sous-phrénique.

A l'appui de cette thèse, touchant la production spontanée de gaz au sein des séreuses enflammées, nous croyons devoir citer deux cas récents de pyopneumothorax publiés par MM. Widal et Courtois-Suffit en l'espace de quelques jours, et dans lesquels la nécropsie ne révéla pas la moindre lésion de la plèvre viscérale. Nos deux maîtres n'hésitent pas à attribuer la production de gaz dans les cas de ce genre, à un bacille de la putréfaction, que M. Widal croit être un *proteus vulgaris* et qui, inoculé dans le tissu cellulaire par la ponction exploratrice produisit chez les deux malades un emphysème sous-cutané considérable.

Comment expliquer autrement la formation de ces abcès quand on se trouve en présence d'un cas comme le suivant :

OBSERVATION II

Communiquée par MM. GILBERT et GARNIER. *Société Médicale des Hôpitaux* (18 novembre 1897).

M..., Joseph, âgé de 40 ans, tailleur entre le 18 septembre 1897 à l'hôpital Broussais, salle Lasègue, lit n° 48, dans le service de M. le docteur Gilbert.

Dans les antécédents du malade, on ne trouve rien d'important à signaler, son père et sa mère sont vivants et bien portants ; lui-même n'a eu qu'une scarlatine vers l'âge de 3 ou 4 ans ; il est marié ; sa femme et ses enfants se portent bien.

Il y a trois ou quatre ans, le malade commence à souffrir de l'estomac, il se plaignait de douleurs survenant après le repas, durant une heure environ et siégeant au niveau du creux épigastrique. Un médecin consulté en ville, soigna le malade pour une gastralgie. Au mois de mai dernier, les douleurs devinrent plus vives ; elles survenaient surtout après le repas de midi et duraient jusque vers 5 heures du soir ; jamais elles ne se sont accompagnées de vomissements : le malade ne fut pas obligé d'interrompre son travail, et pendant cette période, il ne s'amaigrit pas notablement.

C'est le 6 août dernier que débuta la maladie actuelle. Ce jour-là il fut pris à 9 heures 1/2 du soir, alors qu'il était déjà couché depuis une demi-heure, d'une douleur subite très vive, siégeant au milieu de l'abdomen, vers l'ombilic, sans irradiations vers l'épaule droite, ni d'autre part, vers les reins et les cuisses, pas de vomissements. Un médecin appelé porta le diagnostic de colique hépatique, et fit une injection de morphine qui calma un peu, mais non complètement, la douleur.

Le lendemain, il ne restait qu'un endolorissement de la région abdominale ; pas d'ictère. Les jours suivants, le malade dut conti-

nuer à garder le lit ; il souffrait d'une douleur sourde, persistante, siégeant dans le côté droit, assez vive, mais n'empêchant pas le sommeil. L'appétit était nul, et il y avait de la diarrhée. Puis huit à dix jours après le début de la maladie, les membres inférieurs commencèrent à enfler, puis les bourses s'œdématisèrent.

Le malade s'affaiblissait de plus en plus, il avait parfois de petites crises d'étouffement et le médecin consulté de nouveau au commencement de septembre diagnostiqua une pleurésie purulente. Bientôt le malade, ne voyant aucune amélioration dans son état, se décida à entrer à l'hôpital.

Etat à l'entrée. — Le teint est pâle, terreux, les traits sont tirés : le malade est très amaigri, et l'amaigrissement général contraste avec l'œdème très marqué des membres inférieurs. Il n'y a pas d'ictère, les sclérotiques ont leur coloration normale.

L'œdème est surtout développé sur le dos du pied, les jambes, la partie postérieurement interne des cuisses ; les bourses sont modérément enflées. Sur le tronc, l'œdème remonta en avant jusqu'à l'ombilic ; en arrière, il a envahi les lombes et forme un gros bourrelet saillant au niveau de la dernière côte.

L'abdomen est légèrement saillant, il y a du tympanisme abdominal, mais dans les flancs, à l'hypogastre, on trouve une petite zone de matité. A la palpation, on sent dans le flanc droit, une tumeur formée par le foie qui déborde les fausses côtes ; l'organe est régulier, lisse, non douloureux. Par la ligne axillaire, son bord inférieur est à 4 centimètres du rebord costal sur la ligne médiane ; il est un peu plus rapproché de l'ombilic que de l'appendice xiphoïde. A la percussion, cette tumeur est mate, mais la matité ne commence qu'au niveau de la 7^e côte sur la ligne axillaire. La rate n'est pas sensible à la percussion.

Aux poumons, on ne constate en avant rien d'anormal à la percussion et à l'auscultation : les sommets sont sains. En arrière, on trouve de la matité au niveau de la base droite, dans le quart inférieur du poumon ; à l'auscultation, on constate la

disparition du murmure vésiculaire et à ce niveau ; il n'y a pas de souffle, pas de pectoriloquie, ni d'œgophonie : pas de bruits anormaux surajoutés. A la base gauche, il y a quelques râles sous-crépitaux assez gros : pas de matité.

La langue est sale, recouverte d'un enduit suburral peu épais, l'appétit est nul. Il y a cinq selles diarrhéiques par jour.

Les bruits du cœur sont normaux, le pouls est bon. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires.

Les jours suivants, les mêmes symptômes persistent. Il y a de la fièvre à grandes oscillations à maximum vespéral. Les urines sont peu abondantes, la diarrhée continue, malgré une, puis deux, pilules d'extrait thébaïque (de 0 gr. 02 chaque) ; il y a des sueurs profuses. Deux ponctions exploratrices faites au niveau de la zone de matité de la base du poumon droit, ne ramènent aucun liquide.

Le 27 septembre, à cinq heures du soir, le malade est pris brusquement d'une douleur très vive dans le côté droit avec gêne respiratoire marquée, et même orthopnée. L'interne de garde appelé, constate dès ce moment la présence d'un souffle amphorique à la base du poumon droit.

Le 28 septembre, le malade est toujours dyspnéique mais sa dyspnée est moins intense que la veille. A la partie inférieure du thorax à droite, on constate près de la colonne vertébrale la disparition du murmure vésiculaire, avec quelques frottements ; sur la ligne capillaire un souffle amphorique peu intense, ne s'étendant qu'à la partie inférieure de la région, sur une hauteur de 5 à 6 cent. environ. En avant, le foie ne paraît pas plus abaissé que les jours précédents ; à la percussion, on trouve du tympanisme au niveau de la 6^e côte, du 6^e espace intercostal, de la 7^e côte et sur un court espace au-dessous de cette côte. A l'auscultation, on entend à ce niveau un souffle amphorique distinctement métallique ; il n'y a pas de succussion hippocratique.

Les jours suivants, l'état général reste le même, les signes physiques persistent, sauf changement notable. Deux nouvelles ponc-

tions exploratrices faites dans la zone de matité postérieure ne ramènent pas de liquide. Le bord inférieur du foie est maintenant à 6 cent. au-dessous des fausses côtes.

Le 6 octobre, on fait passer le malade dans le service de M. le docteur Michaux qui l'opère le 9 octobre et qui trouve un vaste abcès sus-hépatique, contenant du pus et du gaz. Le foie paraît très altéré, augmenté de volume et mou ; M. Michaux en prélève un petit morceau qu'il nous remet pour être soumis à l'examen histologique.

Après l'opération, la fièvre tombe, et le malade s'améliore assez vite durant les premiers jours. Mais l'œdème, qui avait diminué sans disparaître complètement, revient bientôt ; de même pour la diarrhée. Et actuellement, un mois après l'opération, l'état du malade est encore précaire.

Malade mort le 9 novembre. Voici les résultats de l'autopsie :

La cavité de l'abcès sous-phrénique s'est presque complètement refermée, on trouve une péritonite tuberculeuse généralisée, une infiltration tuberculeuse des sommets de deux poumons avec pleurésie sèche à ce niveau ; un foyer de pleurésie interlobaire purulente à droite la base du poumon droit est adhérente au côté et au diaphragme. Le foie est entouré d'une épaisse couche de périhépatite fibroïde, de consistance presque cartilagineuse par endroits, recouvrant toute la face convexe du lobe droit et correspondant au siège de l'abcès sous-phrénique en voie de guérison.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A l'autopsie d'un malade qui a présenté les symptômes de l'abcès gazeux sous-diaphragmatique, on tombe sur un amas de fausses membranes unissant à la paroi les différents organes situés à la partie supérieure de la région abdominale. Lorsqu'on vient à rompre ces membranes, on ne tarde pas à rencontrer une ou plusieurs poches dont nous allons faire la description.

La poche est en général unique, mais les cas ne sont pas rares où l'on en trouve deux et même trois d'inégale capacité. Les plus grandes ont les dimensions d'une tête d'enfant ; d'autres ont la grosseur d'un œuf de poule, d'une noix. Ces poches sont constamment situées sous la concavité du diaphragme, au-dessus du foie à droite, de la rate à gauche. Il est bien difficile, étant donné leur étiologie, de leur fixer des limites exactes.

Si l'abcès est situé à droite, ses limites sont en avant et en dehors, la paroi abdominale et le rebord costal droit, en arrière la face antéro-supérieure du foie ; en haut le diaphragme, en dedans le ligament suspenseur ou bien la région pylorique de l'estomac ; en bas des adhérences unissant le côlon transverse à la paroi abdominale antérieure.

Quand l'abcès siège à gauche, ses parois sont formées : en dehors, en arrière et en avant, par la paroi thoracique latérale, et les insertions costales du diaphragme ; en haut, par le diaphragme ; en bas, par le coude gauche du côlon et des adhérences, en dedans par la rate et la partie latérale gauche de l'estomac.

Au point de vue histologique, ces parois sont constituées par du tissu conjonctif recouvert de fausses membranes purulentes ; on peut y déceler la présence de vaisseaux de nouvelle formation, quand l'affection est ancienne. On rencontre sur la surface interne des villosités susceptibles de se détacher et de former, dans l'abcès, un amas de détritrus qui se mélangent au pus ; ces débris, comme le font remarquer Grimm et Schlesinger, peuvent s'engager dans l'aiguille de la seringue quand on fait la ponction exploratrice et il faut, dans certains cas, y revenir à plusieurs fois avant de ramener le liquide et les gaz.

Nous avons assisté à l'ouverture de deux abcès gazeux sous-diaphragmatiques ; dans les deux cas, l'incision abdominale donna issue à près de deux litres d'un pus verdâtre mélangé de gaz en abondance et d'une odeur absolument infecte. On négligea de faire l'examen bactériologique, mais il faut reconnaître que dans les cas où il a été fait, cet examen n'a rien donné de particulièrement intéressant, Notre camarade Ardouin, interne de M. Michaux, a constaté récemment dans un abcès de ce genre (Obs. II), la présence de nombreux leucocytes et de microbes en grande abondance. L'examen bactériologique et les cultures montrèrent qu'il s'agissait d'une association d'un streptococque

avec un coli-bacille d'une variété un peu particulière, se rapprochant du bacille typique d'un para-coli-bacille. Carl Beck a trouvé, dans un de ses cas, le bacillus coli-communis, le staphylococcus pyogenes aureus, le bacillus pyogenes fœtidus et le proteus vulgaris.

L'estomac est indemne ou présente une, quelquefois plusieurs perforations dont le siège le plus habituel est la région pylorique. Dans plusieurs autopsies on a constaté, sur la face externe de l'organe, des cicatrices, indices certains d'une perforation antérieure. Les mêmes lésions peuvent être décelés sur le duodenum.

Le côlon transverse est parfois ramolli, rarement perforé au niveau de l'abcès. Les anses intestinales sont météorisées, hypérémisées, unies par des adhérences, recouvertes par des exsudats pultacés.

Dans trois observations que nous avons sous les yeux, à l'autopsie on constata que le péritoine était couvert d'un semis de granulations grises de nature tuberculeuse.

Le foie et la rate sont le siège de lésions qui vont de la périhépatite et de la péricapnité à une altération profonde du tissu propre de ces deux glandes. Chez un de nos malades, la rate était réduite en bouillie ; chez d'autres sujets, on pourrait croire à un abcès primitif de la face supérieure du foie.

Le diaphragme repoussé plus ou moins haut dans la cavité thoracique, est adhérent aux parois costales, à la base du poumon ; il est ramolli, très altéré ou perforé.

Comme nous l'avons dit plus haut, la pleurésie sèche, séreuse ou purulente est presque la règle ; la base du

poumon est atelectasiée. L'examen du péricarde montre, mais bien rarement que l'infection, par la voie des lymphatiques, s'est propagée jusqu'au cœur, dont on constate le déplacement dans le sens vertical.

SYMPTOMATOLOGIE

L'abcès sous-phrénique gazeux débute généralement d'une façon brusque ; mais les malades chez lesquels cette affection se déclare ont éprouvé à une époque plus ou moins éloignée des symptômes dont la connaissance est d'une utilité précieuse pour le diagnostic. Dans bien des cas, en effet, il arrive au clinicien de modifier chaque jour ce diagnostic ou tout au moins de le réserver longtemps, jusqu'au moment où, retournant en arrière dans l'histoire du malade, sans beaucoup de conviction quelquefois, celui-ci lui apprend que depuis des mois, des années, il digère très mal, manque d'appétit et souffre après chaque repas ; celui-là se rappelle tout à coup, que, 3, 4 ans auparavant, il avait vomis du sang et que le médecin lui avait imposé pour tout traitement un régime lacté, très sévère ; tel autre raconte qu'il est incommodé d'une constipation opiniâtre ou qu'à plusieurs reprises déjà il a ressenti une douleur semblable au côté droit de l'abdomen.

Ces prodromes une fois connus permettent une interprétation rationnelle des phénomènes du début, comme le témoigne l'observation suivante :

OBSERVATION III

Recueillie dans le service de M. COURTOIS-SUFFIT, par M. DESCHAMPS, externe du service, et communiquée à la Société M. des H. le 12 novembre 1897.

Ernest L., âgée de 40 ans, exerçant depuis trois mois laprofession de peintre en bâtiment, ayant autrefois travaillé dans une raffinerie, entre dans le service de M. Courtois-Suffit à l'hôpital Beaujon, le 6 juillet 1897.

Le veille, racontait-il, il avait été pris de façon assez brusque de douleurs abdominales généralisées, accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux.

L'interne de garde, voyant cet homme à la figure amaigrie, au facies grippé, au ventre tendu et douloureux, se plaignant de constipation et de vomissements, diagnostiqua, comme plus probable, une occlusion intestinale.

Le lendemain, M. Courtois-Suffit trouve le malade immobile, dans le décubitus horizontal avec un facies éveillant l'idée d'accidents péritonéaux. Les yeux excavés et cerclés de noir, le teint terreux, la langue sale et séchée, le malade répondait d'une voix cassée ; il paraissait en proie à un abattement profond.

Il se plaignait de douleurs abdominales intenses, d'une constipation datant de plusieurs jours, de vomissements bilieux verdâtres, presque incessants.

L'abdomen apparaissait tendu par un tympanisme généralisé, avec cependant une accentuation évidente de la tuméfaction au niveau de l'hypocondre droit et de la région épigastrique.

La palpation, uniformément douloureuse, reveillait cependant une douleur plus exquise en un point limité du centre, vers le bord externe du muscle grand droit, au niveau d'une ligne prolongeant à peu près le bord inférieur de l'estomac.

Le pouls était petit et rapide, la température peu élevée ne dépassait pas 38 degrés.

Cherchant dans le passé du malade, dit M. Courtois-Suffit, la raison probable de ces phénomènes, je ne trouvai d'abord que des renseignements sans grande importance, tels qu'une bronchite légère sept ans auparavant ; j'appris aussi que depuis une dizaine d'années le malade ressentait parfois des douleurs assez vagues au niveau de l'hypocondre droit.

Plus importants m'apparurent, surtout par la suite, des signes de gastrite remontant à deux années environ, et surtout ce fait qu'à plusieurs reprises le malade avait rendu du sang par les gardes-robes : sang rouge, en assez grande abondance.

Et présence de ces phénomènes, je ne songeai pas de suite à l'abcès gazeux sous-diaphragmatique.

Etant donné les antécédents professionnels du malade (peintre), les quelques signes d'intoxication qu'il présentait (liséré gingival,) je pensai d'abord à une colique de plomb. Et, de fait, c'en était la symptomatologie presque au complet : Début brusque, constipation opiniâtre, douleur abdominale vive, vomissements constants, absence d'élévation sérieuse de la température, etc. Mais la généralisation et l'accentuation du météorisme, la douleur égale à la palpation superficielle et profonde, avec un point douloureux nettement localisé, vinrent infirmer cette première hypothèse.

Je ne pensai guère, à ce moment, à des phénomènes d'occlusion intestinale. Deux jours plus tard, au contraire, cette hypothèse parut pour un temps la plus vraisemblable. Je m'arrêtai à ce moment au diagnostic de péritonite aiguë généralisée, vraisemblablement due à une perforation. J'instituai un traitement en conséquence. Lait glacé, glace sur le ventre, piquûre de morphine, lavement purgatif.

Le lendemain, le malade souffrait moins, les vomissements avaient cessé, la langue était plus humide, le faciès plus reposé, le pouls plus ample et moins rapide. La constipation persistait aussi complète, le météorisme aussi généralisé.

Deux jours après (9 juillet), le ventre présentait un aspect tout différent : moins tendu dans les régions inférieures, il apparaissait très nettement météorisé seulement à la partie supérieure ; si bien qu'il semblait bilobé, les deux régions météorisées, séparées par une ligne continuant à peu près le bord inférieur de l'estomac. La région tympanisée supérieure s'étendait plus à droite qu'à gauche, recouvrait tout l'hypocondre droit, faisant ainsi disparaître la matité hépatique.

La douleur à la palpation restait toujours à peu près généralisée, mais avec un point maximum au niveau du bord externe du muscle grand droit, dans la région duodénale, exactement à la limite des deux moitiés météorisées. A ce niveau, on avait la sensation d'une résistance profonde.

Cet aspect particulier du ventre, coïncidant, toujours avec une absence absolue de garde-robes, avec une température normale un peu élevée, me fit abandonner le diagnostic de péritonite aiguë, et je penchai pour celui d'occlusion intestinale, l'obstacle siégeant dans la partie supérieure de l'intestin grêle.

Le lendemain (10 juillet), ce diagnostic se trouva de nouveau infirmé, car ce malade eut deux selles spontanées : malgré cela, l'abdomen était toujours moins tendu, surtout sur la région épigastrique, en même temps que vers l'hypocondre droit apparaissaient des veines de circulation collatérale, et que la paroi semblait un peu œdématiée.

Pendant deux jours (11, 12 juillet) le malade eut des selles spontanées ; mais le ballonnement localisé du ventre augmentait sensiblement.

L'absence de vomissements, la spontanéité des selles me firent abandonner le diagnostic d'occlusion intestinale, et à ce moment me vint à l'esprit l'hypothèse d'une collection purulente et gazeuse, développée sous le diaphragme. J'allais prier mon collègue Lejars de venir voir le malade, quand le lendemain, le ventre sembla tout à fait normal. Seule persistait la douleur de l'hypocondre droit, intense et toujours localisée au même point.

Pendant deux jours, le malade eut de la diarrhée (4 à 5 selles

par jour), la région épigastrique restant sensiblement normale. Malgré tout, le malade conservait un faciès amaigri, terreux, grippé, faisant pressentir que tout n'était pas terminé.

En effet, vers le 19 juillet, en même temps que les selles redevenaient plus rares, le ballonnement du ventre reparut, toujours localisé au niveau de la région sus-ombilicale, transversalement étendu d'un hypocondre à l'autre, rendant sonore toute la région hépatique, donnant de nouveau au ventre cet aspect bilobé si particulier. Enfin la douleur persistait intense, toujours au même point, permettant mal de sentir, à cause de son acuité, l'empatement profond.

Cette mobilité dans l'évolution du tympanisme, la limitation même de ce tympanisme, la perception d'un empatement douloureux en un point limité de la cavité abdominale, la notion des hémorragies intestinales antérieures, l'absence d'hématémèses et de vomissements alimentaires survenant à heure fixe après le repas, me firent nettement affirmer le diagnostic d'abcès gazeux sous-diaphragmatique, vraisemblablement consécutif à la perforation d'un ulcère du duodénum.

Je priai immédiatement mon collègue Lejars de tenter la seule intervention utile, à savoir la laparotomie.

L'opération fut faite le 22 juillet. Une incision d'environ 15 centimètres pratiquée sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic permit d'arriver sur le foyer purulent duquel s'échappèrent d'abord des gaz d'odeur extrêmement fétide, puis du pus séreux, mal lié, nauséabond, de coloration jaune sale. On peut évaluer à plus d'un litre la quantité, de liquide évacué :

La poche était limitée par le diaphragme en haut, le foie et l'estomac en bas. Elle fut lavée à l'eau bouillie, drainée, etc.

Suites opératoires très simples. Le pansement dut être fréquemment changé, surtout dans les premiers jours, puis il devint plus rare. Le malade reprit bientôt un air de santé parfaite ; il sortit de l'hôpital absolument guéri le 21 septembre.

Une invasion soudaine précédée de troubles abdomi-

naux antérieurs, voilà donc ce qui caractérise cette maladie. Tout à coup, à la suite d'un effort, d'une grande fatigue, d'un froid intense, quelquefois sans cause apparente, le malade est pris d'une douleur vive, généralement au côté droit de l'abdomen, assez souvent à gauche, d'autres fois à la région cœcale, suivant le siège de la lésion provocatrice. Cette douleur qui parfois arrache au malade des cris plaintifs et provoque chez les femmes des crises syncopales, s'irradie à tout l'abdomen, à l'épaule, au bras dans certains cas, à la cuisse, au genou, dans d'autres, condamne le malade à une immobilité complète, car le moindre mouvement, le plus léger accès de toux la réveillent.

Dans la plupart des cas, cette douleur est accompagnée de nausées, puis de vomissements, alimentaires, bilieux et qui plus tard changeront de caractère. D'autres fois, une constipation opiniâtre ouvre la scène, constipation qui résiste souvent aux purgatifs. Souvent aussi, le malade se plaint de coliques accompagnées de diarrhée.

Ces renseignements, le patient les donne d'une voix cassée, affaiblie au médecin qui l'interroge. Il est là, immobile, dans le décubitus horizontal, la face grippée, les yeux cerclés de noir, les pommettes rouges, les lèvres fuligineuses, la langue chargée, l'haleine fétide. La respiration est courte, costo-supérieure. La toux qui est rare et très rarement accompagnée d'expectoration, tire des gémissements au malade.

L'abdomen, sur lequel se porte immédiatement l'examen est généralement tendu, mais d'une façon irrégulière ; on note souvent dès cette époque une légère voussure pré-

dominant du côté où se trouve l'abcès, ce qui lui donne un aspect bilobé.

La palpation détermine une douleur diffuse, avec un maximum d'intensité en un point déterminé, dans la région de la vésicule biliaire, vers le sommet de l'appendice xiphoïde, vers le cæcum ; ces différents points sont très souvent le siège d'un empâtement facilement perceptible. Le foie est mat à la percussion, la rate est normale. Aux poumons on observe une diminution du murmure vésiculaire à la base de l'un d'eux et quelques râles muqueux. Les battements du cœur sont affaiblis, mais normaux, le pouls très rapide donne jusqu'à 130 pulsations. La fièvre modérée quelquefois, peut monter jusqu'à 40°2. Les urines rares, ne contiennent pas d'albumine.

Fait remarquable, et qui peut induire en erreur son entourage, l'orage passé, le malade semble aller mieux au bout de quelques jours ; il souffre moins, la douleur cède à la morphine, la constipation à l'huile de ricin et l'on porte un pronostic moins sévère.

Tout indiquait en effet une infection péritonéale au début, mais la séreuse a réagi, des adhérences se sont formées et l'on se trouve en présence d'une affection locale qui évoluera avec ses caractères propres.

L'observation suivante de M. Potain, comme toutes les autres citées dans le cours de ce travail, montre bien que les choses se passent ainsi généralement.

OBSERVATION IV (Résumée).

Diagnostic de la péritonite sus-hépatique. — Clinique Médicale de la Charité. M. le professeur POTAIN, in Bulletin Médical du 13 novembre 1895.

Homme, 30 ans. Comme antécédents morbides, ne se rappelait qu'une fièvre typhoïde, vers l'âge de 27 ans, c'est-à-dire trois ans avant son entrée à l'hôpital : il avait d'ailleurs parfaitement guéri et n'avait ressenti à la suite aucun trouble du côté des intestins ni de l'estomac. Or, voilà que tout à coup, sans avoir subi aucun traumatisme pouvant expliquer l'apparition de tels symptômes, et d'autre part, sans avoir ressenti les prodromes de cet état, tels que des douleurs abdominales et des frissons, il est pris d'une constipation opiniâtre et absolue, comme dans un cas d'obstruction intestinale

Quatre jours se passent, surviennent alors des vomissements bilieux, il entre à l'hôpital. Sa température est de 39°. On lui prescrit un lavement qui détermine une évacuation alvine. Le lendemain, la température est tombée à 37°6 : le pouls, régulier, bat à 80. Cependant les vomissements continuent ; ils sont verdâtres, accompagnés de hoquet et de météorisme abdominal. Le malade éprouve dans l'abdomen une vive douleur assez diffuse, se propageant vers l'épaule droite. La palpation permet de localiser cette douleur dans l'hypocondre droit, particulièrement au niveau du bord extérieur du muscle droit. On constate que la respiration diaphragmatique fait complètement défaut. Le foie a ses limites normales ; l'auscultation des poumons est négative. L'urine contient une légère quantité de biliverdine.

S'appuyant sur ce fait que le point douloureux maximum à la pression du doigt paraissait situé au niveau du fond de la vésicule, M. Potain crut qu'il s'agissait d'un calcul biliaire ayant déterminé une perforation, suivie elle-même de péritonite cir-

conscrite à la région sus-hépatique. Or, ce diagnostic était inexact, ainsi que l'a prouvé la suite de l'histoire du malade.

Le lendemain du jour où s'étaient déclarés les signes de péritonite, le ventre devenait notablement moins douloureux, la fièvre diminuait, la respiration diaphragmatique se rétablissait, bref, l'ensemble des symptômes s'amendait, sauf les vomissements et le hoquet qui persistait. Mais, deux jours après, les vomissements eux-mêmes avaient disparus. Il ne restait plus que le hoquet, impossible à calmer.

Le lendemain, la fièvre se rallume, le ballonnement du ventre devient plus manifeste ; la matité hépatique qui, jusque là, était restée normale, disparaît. L'éruption des gaz intestinaux dans le péritoine, à la perforation du tube digestif, paraît être la cause non douteuse de ces phénomènes. M. Tillaux consulté est d'avis d'opérer et fait la laparotomie sus-ombilicale. Cette opération est pratiquée sans incidents : on trouve les anses intestinales agglutinées par un magma fibrineux et en partie déjà purulent. La vésicule biliaire est dans son état normal. On trouve une perforation au niveau du pylore. Le péritoine est nettoyé et suturé et le malade reporté dans son lit. Les vomissements se répètent, le hoquet, que n'avait même pas fait cesser la chloroformisation, continue, et la mort arrive dans la nuit même du jour de l'opération. A l'autopsie on trouve un ulcère simple de l'estomac.

Ainsi donc, l'amélioration ne dure pas longtemps, le malade va empirant de nouveau, il maigrit, la dyspnée s'accroît ; l'abdomen et le thorax sont le siège de modifications du plus haut intérêt. En effet, la collection enkystée sus-hépatique, dont il était bien difficile de préciser le siège et le contenu, prend une expansion subite par suite de l'accumulation considérable de gaz à son intérieur ; elle envahit le thorax, ou distend l'abdomen, et suivant les cas, permet d'observer les symptômes suivants :

A. *L'abcès gazeux sous-diaphragmatique envahit le thorax.* Dans cette première variété à laquelle le professeur Leyden a donné le nom de pyopneumothorax subphrenicus, le diaphragme est immobilisé, refoulé quelquefois jusqu'à la troisième côte par la collection gazo-purulente.

A l'inspection, on remarque que la respiration a changé de type ; elle est nettement costo-supérieure. Le côté du thorax affecté présente une immobilité complète dans sa moitié inférieure ; la base est élargie : dans quelques observations, on note un œdème assez marqué en cet endroit.

La percussion pratiquée en arrière fait entendre une résonnance normale dans la fosse sous-épineuse, submatité plus ou moins perceptible, dans la fosse sous-épineuse due au tassement du poumon par l'abcès gazeux ; plus bas et dans une étendue variable, tympanisme ; à la partie inférieure, matité complète.

En avant, sonorité normale de la région claviculaire, jusqu'au niveau de la troisième ou de la quatrième côte ; puis tympanisme jusqu'au rebord des fausses côtes, masquant complètement la matité du foie qui se trouve légèrement abaissé.

Il est bien difficile de préciser davantage les données de la percussion ; elles varient avec chaque malade : elles varient chez le même malade, suivant la position qu'il occupe. Vient-on à le faire asseoir, la matité remplace en avant la zone inférieure de tympanisme ; à gauche, la sonorité normale de Traube disparaît.

L'*auscultation* vient corroborer les données de la per-

cussion. Pratiquée de haut en bas, on entend dans la région claviculaire, soit le murmure vésiculaire normal, soit un souffle assez net qui, accompagné d'autres signes (température élevée, vomissements, rougeur des pommettes), peut faire songer à une pneumonie. Descendant plus bas, on entend brusquement le souffle amphorique du pneumo-thorax, accompagné du tintement métallique et de la succussion hippocratique. Audeoud et Vaulair ont même constaté chez leurs malades complètement immobiles un bruit très net de *gutta cadens*.

La pleurésie venant fréquemment compliquer cette affection, on entend des bruits de frottement et l'on note les différents signes des épanchements pleurétiques.

Du côté opposé de la poitrine, on ne perçoit rien d'anormal, sauf quelques râles de bronchite.

Le cœur est fréquemment déplacé en haut, et du côté opposé à l'abcès. Par suite du voisinage de cette collection gazeuse, les deux bruits ont souvent un timbre métallique.

Dans cette variété, avons-nous dit, l'abdomen n'attire pas nécessairement l'attention du médecin en dehors de la douleur du début qui persiste. Le ventre est même complètement plat dans certains cas, ainsi qu'en témoignant l'observation de Audeoud et celle de Sydney Couplaud, qui est absolument typique et mérite d'être citée en entier.

OBSERVATION V

Abcès sous-phrénique simulant un pneumothorax, par SYDNEY COUPLAUD. (British Medical Journal, 15 juillet 1889.

A l'âge de 15 ans, entré à l'hôpital de Middlesex le 14 mars 1888, dans un état de faiblesse très prononcé.

Il raconte que dans la journée du 14 janvier, il fut pris de malaises et vomit deux fois. Le lendemain matin il éprouva une grande douleur dans la fosse iliaque droite et dans le genou. Au bout de trois jours, ces douleurs disparurent, mais furent remplacées par une douleur très vive au côté droit de la poitrine, de l'épaule et du bras. Toujours constipé et avec des selles irrégulières, il resta trois semaines sans aller à la garde robe.

Purgation à l'huile de ricin, douleur dans le ventre en un endroit beaucoup plus élevé qu'antérieurement. Il garde le lit pendant six semaines et s'habitue à tenir la cuisse et la jambe fléchies pour atténuer la douleur abdominale. Les vomissements ne se reproduisent pas, mais le malade a de la fièvre, de l'insappétence, du délire, des douleurs articulaires. Ni toux, ni expectoration, urines rares.

Il semble se rétablir pendant 8 jours, mais il retombe malade et entre à l'hôpital.

A. C. a le teint pâle, le regard éteint, les lèvres suburrales et des vésicules aux angles de la bouche. Temp. 103 (Fahrenheit) ; pouls ; 114 les articulations saines. Douleurs aux deux côtés de la poitrine. A l'examen on constate un léger épanchement de la partie inférieure du côté droit avec des mouvements respiratoires affaiblis. En arrière et en bas, à deux doigts au dessous de l'angle de l'omoplate, tympanisme remontant jusqu'à l'aisselle avec tintement métallique ; obscurité respiratoire à la base. Le côté gauche est normal à la percussion ; l'auscultation donne des râles sonores dans la région du sternum, et des bruits de frotte-

ment à la région axillaire inférieure. Cœur normal, Langue épaisse, matière fécale rare. Rétraction de la paroi abdominale, sensibilité dans la région lombaire droite. Le foie ne déborde pas les fausses côtes ; rate normale chargée de graviers ; pas d'albumine.

Le lendemain, la zone de tympanisme a empiété sur toute la région hépatique, mais en avant de la 5^e à la 7^e côte la percussion donne de la matité, l'auscultation une diminution du bruit respiratoire ; en arrière, matité moins étendue au dessus de la région tympanique. Le tympanisme est nettement délimité en avant par le rebord costal où la percussion est modifiée ; rien n'indique le déplacement du foie en bas, Il y a certainement un épanchement à droite ; ni rougeur, ni œdème, mais presque tous les signes du pneumothorax.

Une ponction exploratrice pratiquée en arrière ne donne pas de liquide, mais un peu de gaz fétide. Le jour suivant, la zone de tympanisme s'étend jusqu'à la crête iliaque. Le ventre est plus distendu, plus résistant ; constipation opiniâtre, lavement.

On porte le diagnostic d'abcès sous-phrénique consécutif, probablement d'une perforation de l'appendice, en se basant, pour écarter le pneumothorax, sur la présence de la zone de matité, notée entre la résonnance normale du poumon en haut, et la surface amphorique en bas. Ce signe excepté, le malade présentait absolument les mêmes symptômes qu'un autre malade, atteint de pneumothorax de la base droite, d'origine tuberculeuse, et qui par une coïncidence curieuse, occupait le même lit de la salle, avant l'admission du malade actuel.

Bien qu'il n'y eût aucun doute sur l'existence d'une suppuration, on laissa passer quelques jours avant de demander une intervention chirurgicale, dans l'espoir que l'abcès s'évacuerait au dehors.

Le 22 du même mois, on découvrit un endroit très sensible entre la dernière côte et la crête iliaque, et de l'œdème au bas de l'aisselle.

Le 24, on remarqua que la surface tympanique ne s'étendait pas aussi loin, en avant. Il y avait maintenant de la matité du 6^e et 8^e cartilage costal, continue avec la matité épigastrique. En arrière, les signes restaient les mêmes.

Après administration du chloroforme, M. Gould, chirurgien de l'hôpital, enfonça un trocart dans le dos, vers le centre de la surface tympanique. Trois ou quatre onces environ de pus et de gaz horriblement fétides, furent retirées par l'aspirateur. Amélioration temporaire, la surface tympanique est bientôt aussi considérable qu'auparavant et l'on note en plus les signes d'une thrombose de l'iliaque gauche : œdème de la jambe, épanchement et résistance dans l'aîne. On administre la belladone. En dehors de cette complication, l'état général s'améliore : la langue est moins sèche, les selles sont plus faciles, pas de râles dans la poitrine, en avant.

Le 27, on se décide à une intervention chirurgicale énergique. Incision de trois pouces au-dessus et parallèlement à la dernière côte. Issue d'une grande quantité de pus fétide et de gaz ; la cavité formée de deux poches, est fortement irriguée avec une solution de mercure : drainage double.

Les deux poches dont l'existence est constatée par l'opérateur, sont situées, l'une au-dessus et derrière le foie, qu'elle sépare du diaphragme ; l'autre se dirige vers la fosse iliaque, jusque vers le ligament de Poupart. L'incision ouvrit la surface de séparation des deux poches, la poche supérieure se trouvant tout à fait derrière le rein.

L'abcès était donc situé profondément derrière la paroi abdominale, son contenu gazeux s'était frayé un chemin en haut entre les plans musculaires et aponévrotiques pour venir se placer définitivement entre le foie et les parois.

A partir du jour de l'opération, ce fut une suite non interrompue vers la guérison. La cachexie disparut, et le malade s'engraissa. Au bout de quelques jours, les douleurs et le gonflement de l'aîne gauche disparurent.

Le 24 mars, on constate le retour de la matité hépatique. Pus

en faible quantité. Diminution progressive des drains, le 13 avril, on retire le premier, puis le second le 17, et l'incision se cicatrise.

B. L'abcès gazeux sous-phrénique proémine du côté de l'abdomen. — Dans sa communication à l'Académie en 1891, en rejetant comme impropre la dénomination de pyopneumothorax sub-phrenicus sous laquelle Leyden désigne les collections gazo-purulentes dont nous nous occupons, M. le professeur Debove s'appuyait sur ce fait que dans plusieurs observations, dans la sienne notamment n'y avait aucun phénomène rappelant le pneumothorax. On ne compte plus les cas où toute l'attention se concentre du côté de l'abdomen. C'est ce qui nous a donné l'idée de créer, au point de vue des signes physiques, deux groupes bien distincts, en faisant remarquer que le second coïncide fréquemment avec la présence constatée à la nécropsie de deux, quelquefois de trois abcès de dimensions inégales.

Quoiqu'il en soit, ce qui attire surtout l'attention dans ces cas, c'est le ballonnement du ventre, qui peut en imposer pour une dilatation de l'estomac. L'abdomen est irrégulièrement distendu et l'on peut distinguer deux régions, l'une sus, l'autre sous-ombilicale : la voussure supérieure semble entraîner avec elle, les fausses côtes en dehors. Des veines bleuâtres sillonnent la région, indiquant une gêne de la circulation.

La palpation provoque une douleur vive, qui s'irradie à tout l'abdomen, mais prédomine en un point. On sent, disséminés dans l'abdomen des bourrelets qui ne sont

autre chose que des anses intestinales agglutinées par un magma fibrineux.

La percussion donne une sonorité tympanique dans la région du foie, dans l'hypocondre gauche, parfois dans toute la partie supérieure de l'abdomen ; matité à la base des hypocondres. Le malade est-il assis ou dans la position gèneu-pectorale, la matité remplace le tympanisme, la succussion hippocratique se rencontre constamment.

Du côté du poumon, on note très souvent les signes d'une pleurésie concomittante, quelques râles muqueux sans expectoration. Le cœur subit peu de déplacement.

Tels sont les signes constatés dans un grand nombre de cas, et que nous avons rencontrés chez la malade de Beaujon qui a fait l'objet de la communication de M. Courtois-Suffit.

OBSERVATION VI

Recueillie dans le service de M. COURTOIS-SUFFIT, par MM. RUDEAUX, interne et HUGIER, externe de service.

Marie L..., 29 ans. Entrée le 1^{er} août 1897, salle Béhier.

Le père de la malade est bien portant.

Sa mère est morte à 64 ans (la malade ne sait pas de quelle affection).

Elle a eu 11 frères et sœurs. 5 sont vivants, 6 sont morts en bas âge.

La malade a été réglée à 13 ans et l'a toujours été régulièrement, elle a eu trois enfants : le dernier est né en 1893. Le premier est mort à 2 mois, les deux autres sont bien portants.

En 1894, la malade a fait une fausse couche de deux mois. Depuis elle a toujours eu des pertes blanches et un peu de douleur dans le ventre.

Jusqu'en 1895, la malade a joui d'une très bonne santé. A cette époque, à la suite de grandes fatigues, de privations, elle présentait des symptômes très nets de maladie de Cruveilhier : douleurs en broche. Vomissements après les repas, elle eut une seule hématurie peu abondante du reste. Les douleurs, les vomissements durèrent pendant une année mais ne furent jamais assez intenses pour obliger la malade à garder le lit.

Le 16 juillet dernier, vers 4 heures de l'après midi, la malade fut prise tout à coup d'une douleur extrêmement violente dans la région épigastrique et qui irradiait dans tout l'abdomen. La malade voulut néanmoins continuer son travail et resta dans son atelier jusqu'à la fin de la journée. Pendant qu'elle rentrait chez elle, vers 8 heures du soir, les douleurs redoublèrent de violence, devinrent si intenses qu'elles lui arrachèrent des cris. Des nausées, des vomissements glaireux et bilieux apparurent et la malade perdit connaissance. Deux médecins consultés successivement ordonnèrent le repos absolu, des cataplasmes laudanisés et une potion calmante.

Le lendemain matin, la malade entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Lucas-Championnière. Les douleurs persistèrent pendant toute la journée, se calmèrent la nuit et cessèrent complètement le matin.

La malade se sentant à peu près bien, sortit de l'hôpital au bout de quelques jours. Dans la rue elle perdit connaissance ; arrivée chez elle, les douleurs réapparurent dans tout l'abdomen, surtout au niveau de l'épigastre, mais beaucoup moins violentes que la première fois. La malade perdit à peu près totalement l'appétit, maigrit, la diarrhée survint, la fièvre s'alluma. L'état général s'aggravant, elle dut de nouveau entrer à l'hôpital.

2 août. Actuellement, la malade souffre peu du ventre spontanément.

Elle est affaissée dans le décubitus dorsal. Les pommettes sont

colorées, le visage est couvert de sueurs. L'aspect général rappelle assez exactement le faciès typhique.

La température est de 40°, le pouls 120.

La langue est peu chargée, humide ; la diarrhée jaunâtre est peu fréquente.

La respiration est notablement : accélérée.

A l'examen, le ballonnement irrégulier du ventre appelle tout de suite l'attention. L'abdomen très distendu est en même temps *bilobé* par une dépression transversale située entre le rebord des fausses côtes à l'union des régions épigastriques et ombilicale. La voussure inférieure de beaucoup la plus considérable, est formée par la presque totalité de l'abdomen s'étendant d'un flanc à l'autre, du pubis à la partie inférieure de l'épigastre. La voussure supérieure occupe seule la région épigastrique.

Le ventre étant très tendu la palpation est difficile. Une douleur assez intense existe dans tout l'abdomen. On détermine, en appuyant sur la voussure épigastrique, une douleur d'une grande intensité beaucoup plus vive que partout ailleurs. Nulle part on ne perçoit d'empatement profond.

La percussion du ventre, de la voussure épigastrique, des hypochondres droit et gauche rend un son tympanique qui se constitue sans zone de matité ou de submatité avec la sonorité pulmonaire. La matité hépatique existe jusqu'au niveau de ligne axillaire. Elle est remplacée par du tympanisme dans toute la portion antérieure de l'hypochondre droit.

En faisant asseoir la malade, une zone de matité apparaît à la partie inférieure de l'hypochondre droit et de la voussure épigastrique, ces régions deviennent mates dans toute leur étendue si l'on fait placer la malade dans la position pectorale. les coudes appuyés sur son lit.

L'auscultation de l'épigastre, pendant que l'on secoue la malade, permet d'entendre un bruit de flot très net.

La pointe du cœur bat un peu au-dessous et en dedans du mamelon.

A l'auscultation du thorax, en arrière, on perçoit quelque râles

fin aux bases, une respiration légèrement soufflante au sommet droit; en avant, rien d'anormal.

Le toucher vaginal ne fournit aucun renseignements.

Les urines sont normales.

Le repos absolu; un ballon de glace sur le ventre; le régime lacté, sont ordonnés.

4 août. Le matin, la malade se plaint de mauvais goût dans la bouche qu'elle compare à des œufs pourris. Elle est prise de quinte de toux et vomit un grand verre de matières glaireuses, épaisses, striées de tâches noires.

Au moment où nous la voyons, elle expectore plusieurs crachats purulents; jaunâtres, mal liés, d'odeur infecte. L'haleine est très fétide après la toux. Ce sont les signes d'une vomique au début. La toux, l'expectoration disparaissent vers 4 heures du soir.

La fièvre est de 39°. Les symptômes physiques n'ont pas changé.

5 août. La malade a passé une bonne nuit, a bien dormi, elle se sent mieux.

Le ventre est moins ballonné, son exploration est peu douloureuse. La voussure épigastrique a diminué, la palpation détermine toujours à ce niveau une douleur vive.

6 août. La voussure bonne, cependant le faciès est légèrement grippé. Temp. 38, 6. Pouls 118.

Le ventre est peu tendu, les deux voussures ont disparu. Sudamina sur le ventre — œdème léger de la paroi au niveau de l'hypochondree.

Nouvelles quintes de toux et crachats fétides.

Quelques frottements à l'auscultation de la base droite.

Opération à 1 heure de l'après midi par M. Lejars.

Les suites opératoires furent d'abord parfaites. La température diminua et pendant 4 jours on put espérer que la guérison ne tarderait pas à venir; lorsque vers le soir du 4^e jour la malade fut reprise d'accident fébriles, de douleurs abdominales; et elle succomba très rapidement.

L'autopsie faite 24 heures plus tard permet de trouver la raison de cette issue funeste.

Autopsie le 12 août 1897. Une incision faite à la paroi abdominale antérieure de l'appendice xiphoïde au pubis permet de constater l'étendue et les rapports de la poche qui a été ouverte et drainée.

Cette poche située au niveau de la région épigastrique a à peu près le volume des deux poings. Elle est vide, tapissée par des fausses membranes grisâtres. Elle est limitée en arrière par la face antérieure du lobe gauche du foie ; à droite par le ligament supérieur ; à gauche par des adhérences entre la paroi thoracique et l'estomac, en haut et avant par la coupole diaphragmatique et la portion épigastrique de la paroi abdominale antérieure, en bas par la grande courbure et le colon transverse.

L'ablation du plastron sterno-costal permet de constater l'existence de deux autres poches, situés l'une dans l'hypochondre, gauche, l'autre dans le flanc droit indépendante de la précédente. La poche de l'hypochondre gauche est remplie d'une bouillie noirâtre ; vidée, elle permet l'introduction des deux poings. Elle est tapissée par une fausse membrane grisâtre puriforme. Ses parois sont formées en dehors, en arrière et avant par la paroi thoracique latérale et les insertions costales du diaphragme, en haut par le diaphragme non perforé mais ramolli, en bas par le coude gauche du colon et des adhérences, en dedans par la rate réduite en bouillie et la portion gauche de l'estomac. L'estomac présente deux perforations par lesquelles s'échappe une grande quantité de liquide absolument semblable à celui que nous avons retiré de la poche.

A droite, en soulevant le foie et en écartant de la paroi du flanc le colon ascendant près de son coude, nous ouvrons une nouvelle cavité absolument indépendante de la poche épigastrique. Cette cavité allongée de bas en haut mais peu large est limitée en dehors par la paroi du flanc droit ; en dedans par la face externe du colon ascendant ; en bas par des adhérences entre la paroi et le colon ascendant, un peu au-dessus de la crête iliaque.

en haut par le ligament phrénico-colique droit qui est très solide et qui sépare la cavité de l'abcès de la face inférieure du lobe droit du foie. Cette troisième cavité contient une petite quantité de pus crémeux épais et jaunâtre.

Nous arrivons facilement à libérer la face postérieure de l'estomac car l'arrière cavité des épiploons est normale et non adhérente. La face antérieure de l'organe est par contre très adhérente au foie dont nous la détachons avec peine. Deux ligatures sont posées l'une sur l'œsophage l'autre sur le duodénum. L'estomac est isolé, il n'est pas dilaté. Il présente nous l'avons dit, deux perforations, l'une de la dimension d'une pièce de un franc, nettement circulaire, située sur la face antérieure à l'union de la grosse tubérosité et du corps de l'organe assez près de la petite courbure, l'autre plus petite circulaire aussi, de la dimension d'une pièce de vingt centimes est située sur la face postérieure de l'organe, sensiblement vis-à-vis la perforation antérieure.

L'intestin grêle est météorisé, ses anses sont agglutinées.

Le colon ascendant est un peu ramolli au niveau de l'abcès droit mais pas perforé. Le cœcum et l'appendice ne sont pas altérés.

Les poumons sont adhérents des deux côtés aux parois des cavités thoraciques. Les adhérences ne sont pas très résistantes sauf au niveau du lobe supérieur du poumon droit, si bien qu'en détachant ce lobe du diaphragme nous arrachons une petite partie du muscle qui du reste est ramolli. Les deux poumons sont congestionnés surtout aux bases.

Le cœur adhère intimement au péricarde. Ses cavités ne sont pas altérées.

Le foie a son volume normal, il est congestionné.

Les pancréas, les reins et leurs capsules graisseuses ne sont pas altérés.

La rate est réduite en bouillie noirâtre.

Le cul-de-sac de Douglas est formé par quelques adhérences de peu de résistance. Tout au fond de ce cul-de-sac on trouve

une très petite masse puriforme, épaisse, jaunâtre, limitée par des fausses membranes.

L'utérus, les ligaments larges, les ovaires ne présentent rien à signaler. Notons cependant une petite vésicule remplie de liquide jaune citron du volume d'une petite cerise adhérente à l'ovaire gauche par un mince pédicule.

Les symptômes généraux sont tels que peut les faire supposer l'existence d'une collection aussi considérable de produits morbides en un point de l'organisme. Le malade éprouve des douleurs dans toute la région abdominale et il évite soigneusement les moindres mouvements. La constipation du début fait place à la diarrhée, les vomissements qui s'étaient calmés se produisent de nouveau et amènent un amaigrissement rapide.

Du côté des organes respiratoires, on note une dyspnée parfois considérable due à la compression du poumon, à la congestion de la base, à la pleuresie sèche ou séreuse, qui complique si souvent cette affection.

Peu à peu les forces diminuent, l'haleine devient infecte, le pouls s'accélère, la température monte le soir jusqu'à 40° et le malade s'éteint dans le subdélire si on ne se hâte de recourir à l'intervention chirurgicale.

L'observation suivante, qui a trait à une malade chez laquelle les procédés chirurgicaux auraient échoué, permet de se rendre bien compte de l'état général pendant toute la durée de la maladie.

OBSERVATION VII (Résumée)

Clinique médicale de Genève. *Pyopneumotorax sous-diaphragmatique consécutif à la perforation de deux ulcères ronds*, par H. AUDEOUD, médecin assistant.

M... fille de 24 ans, domestique. Hématémèses antérieures. Début de la maladie, actuelle le 18 avril, par des douleurs dans la région épigastrique à gauche, puis à droite également, frisson céphalalgie.

État actuel. — Jeune fille blonde, en décubitus dorsal, faciès abdominal, visage amaigri, teint grisâtre, pommettes colorées, yeux excavés, pupilles inégales, langue et lèvres sèches, anorexie, nausées, diarrhée. Abdomen plat, douloureux partout. Clapotement stomacal. Dyspnée et angoisse respiratoire, point de côté à droite ; un peu de toux avec légère expectoration muqueuse. Thorax symétrique de forme normale sans voussure. La percussion et l'auscultation font constater au niveau du lobe inférieur du poumon droit, en arrière, de la submatité, avec foyer de râles et frottements, un souffle tubaire et de la bronchophonie ; à gauche, il existe en arrière de l'hyperpersonorité de la moitié inférieure, un souffle dans toute la hauteur du poumon de la broncho-œgophonie à la base, avec tintement métallique et bruits d'airain, sans succussion hippocratique. En avant, au niveau de la partie inférieure du sternum, on constate dans une zone limitée, un souffle amphorique, synchrone avec les bruits respiratoires. La pointe du cœur bat dans le 4^e espace intercostal, à trois travers de doigt du mamelon ; bruits cardiaques très faibles, réguliers ; pouls petit et dépressible, fièvre 39 le soir. État général mauvais, faiblesse, abattement.

Le 4 mai, les symptômes pulmonaires ont une tendance à diminuer ; les signes de pneumotorax persistent en arrière, en

avant, à l'épigastre, ainsi qu'au niveau du rebord costal des deux côtes.

Le 8 mai, amélioration, diarrhée persistante. Une ponction exploratrice à gauche ne donne pas de liquide, mais de l'air qui a une odeur stercorale : on donne des stimulants comme aux jours précédents.

Le 22 mai, les signes du pneumotorax après s'être atténués, apparaissent de nouveau, on entend entre autres au bruit de glouglou, analogue à la succussion, mais se produisant sans secouer la malade, par le simple jeu de la respiration : la malade rend une selle composée en grande partie de pus gris sale.

Le 14 mai, douleurs articulaires dans les deux épaules et le coude droit ; la fièvre est continue, rémittente. 39° le soir.

Le 20 mai, on constate que la matité hépatique a totalement disparu ; on entend à l'épigastre le tintement métallique ; les bruits du cœur ont eux-mêmes ce tintement particulier. La respiration est costo-supérieure.

Le 25 mai, en auscultant la partie postérieure du thorax à gauche, on constate l'existence de trois zones superposées à la base, dilatation thoracique avec abolition du frémitus vocal et souffle amphorique ; dans la fosse sous-épineuse souffle pulmonaire rude et intense, dans la fosse sus-épineuse, la respiration est normale. A droite, on ne trouve pas d'ampliation, le frémitus vocal est conservé et la respiration semble normale.

Le 29 mai, état général mauvais, double bruit doux et humé dans la région tympanique ; amaigrissement excessif, pâleur, pouls fréquent. Apparition le 4 Juin d'un œdème au membre inférieur gauche, avec douleur à la partie supéro-interne de la cuisse ; cordon induré à ce niveau indiquant une thrombose de la veine fémorale, subdélirium le 5 juin, fièvre 40°2. Mort le lendemain à 6 heure du matin.

Le billet d'autopsie rédigé par le professeur Revilliod porte : *Pyo pneumothorax sous phrénique développé à gauche existant dans la partie supérieure de l'abdomen, produit par-*

*perforation de l'estomac. Atelectasie du poumon gauche.
Fausses membranes des deux côtés.*

A l'autopsie on tombe sur des adhérences nombreuses unissant la paroi abdominale aux diverses portions du tube digestif. Ces adhérences séparent la portion thoracique de l'abdomen de la partie inférieure. En les détachant, on tombe sur trois cavités enkystées : une, plus grande, située sur la partie gauche du diaphragme, et deux, plus petites, placées sous la moitié droite de ce muscle. De ces trois cavités les deux premières communiquent directement avec l'estomac, la troisième n'est en relation qu'avec la première.

Le chef de service avait cru à la cicatrisation de la perforation stomacale, en s'appuyant sur le fait que l'alimentation avait été normale jusqu'à la mort, l'autopsie prouva au contraire la persistance de la lésion.

COMPLICATIONS

La présence d'une accumulation aussi considérable de produits morbides au-dessous du diaphragme, ne saurait aller sans occasionner dans les différents point de l'organisme une série d'altérations que nous allons rapidement énumérer.

La pleurésie, comme l'avait déjà remarqué Leyden, est une des complications les plus fréquentes. Elle se manifeste tantôt par de simples frottements, tantôt par une matité assez étendue à la base du poumon refoulé. Pour la déceler, la ponction exploratrice est le procédé de choix. Le liquide retiré est clair, séreux, très rarement purulent et ne contient aucun des microbes rencontrés dans l'abcès sous-jacent.

Dans le cas où la pleurésie se déclare dès le début, des adhérences n'ont pas le temps de se former entre la base du poumon et le diaphragme ; il se produit alors au cours de la maladie une perforation de cette cloison musculaire, d'où irruption dans la cavité thoracique du contenu de l'abcès et pyopneumothorax vrai. Mais, généralement, quand cette complication fâcheuse se déclare, les deux feuillets de la plèvre sont déjà accolés. Le poumon baignant dans le pus se nécrose et un jour l'abcès sous-diaphragmatique gazeux se vide par les voies aériennes.

Le cœur est très souvent indemne ; à l'auscultation on entend cependant quelquefois des frottements synchrones aux bruits du cœur et caractéristiques d'une péricardite sèche ou avec un léger épanchement.

L'intestin est quelquefois perforé au cours de la maladie ; il y a rejet de pus par les selles, mais on ne peut compter sur cette perforation pour amener la guérison ; car l'abcès se vide très mal.

Nous avons rencontré plusieurs fois dans nos observations la thrombose de la racine fémorale gauche et un œdème très marqué des membres inférieurs. On peut incriminer dans ces cas la compression de la veine cave inférieure dans la région hépatique par l'abcès gazeux.

L'observation suivante montre que malgré les désordres les plus graves, l'intervention chirurgicale peut-être couronnée de succès.

OBSERVATION VIII (Résumée.)

VANLAIR. *Revue de Médecine* juillet 1893.

Enfant âgé de 6 ans, pris le 1^{er} mars d'un frisson intense, puis d'une douleur vive dans l'abdomen, surtout dans la région sus-ombilicale droite. — Tympanisme, diarrhée, polypnée, fièvre 40.

Le 10 mars, léger souffle à l'extrême base du thorax droit, en arrière affaiblissement des vibrations vocales. Tuméfaction à l'épigastre, pouls 140, respiration 60. On diagnostique épanchement pleural droit péritonite circonscrite et catarrhe aigu de l'estomac. Le lendemain, signes de broncho-pneumonie à la base

gauche. A partir de ce moment, l'épigastre de plus en plus volumineux a la forme d'une tumeur lisse. Amélioration passagère.

Le 22 mars, la tumeur épigastrique donne une sonorité claire, tympanique, avec élasticité de la paroi. En auscultant, on entend un souffle isochrome aux mouvements respiratoires, bruit de gutta cadens.

Trois jours plus tard pneumothorax occupant surtout la partie latérale moyenne de la poitrine, mais s'étendant un peu aussi en avant. On a donc un vrai pneumothorax fluïdo-gazeux combiné à une pyopneumopéritonite.

Forme bilobée de l'abdomen. En-même temps il se produit dans la veine crurale gauche une phlébothrombose, coïncidant avec l'apparition d'une tumeur sous-cutanée, allongée dans le sens du pli de l'aîne et siégeant immédiatement au-dessus du ligament de Poupart.

Les symptômes généraux devenant graves, une intervention chirurgicale est reconnue nécessaires. L'ouverture de la tumeur ombilicale donne issue à une grande quantité de gaz et de pus ; les parois de la poche sont constituées par les feuillets digestifs phrénique et pariétal du péritoine.

Une exploration attentive permet de découvrir une perforation étroite siégeant sur la paroi antérieur du côlon transverse. puis une autre ouverture plus large percée dans la partie antérieure droite du diaphragme et mettant en communication la cavité épigastrique et l'espace intrapleurale. Point de suture à l'intestin, drain à l'orifice diaphragmatique : contre-ouverture dans un des espaces intestocortaux inférieurs, tamponnement, drainage. Guérison au bout de deux mois.

DIAGNOSTIC

« Les signes cliniques des abcès sous-diaphragmatiques gazeux offrent si peu d'uniformité et restent souvent si obscurs, qu'actuellement encore on considère le diagnostic de ces abcès comme un des problèmes les plus ardues de la médecine interne ». (Vanlair). Malgré la difficulté de la tâche, reconnue par tous ceux qui se sont occupés de la question, nous allons essayer de diviser ces signes en plusieurs classes, mais en faisant remarquer au préalable qu'il y a de nombreuses variétés individuelles.

1° *Signes de présomption fournis par l'état antérieur du malade.* — Ils sont loin d'être négligeables, car un interrogatoire minutieux nous révèle que dans la très grande majorité des cas, il y a eu des troubles du côté du tube digestif. Mais un malade, atteint d'une affection qui débute brusquement, négligera parfaitement, à moins de questions pressantes, de nous renseigner sur des accidents remontant à quelques années.

2° *Signes du début.* — Ils nous indiquent deux choses, à savoir que l'affection est abdominale et que le péritoine est probablement intéressé. Les différents diagnostics posés à cette période de la maladie, nous montrent combien ces signes sont infidèles.

3° *Signes fournis par un examen minutieux de l'abdomen.* — Le ballonnement irrégulier du ventre, la douleur en un point précis des hypocondres, le tympanisme, la succussion, le souffle amphorique dans une région où l'abdomen présente une voussure très appréciable ; la disparition de la matité hépatique, quand le malade se couche, réapparition de cette matité quand on fait asseoir le malade, tout cela coïncidant avec une fièvre assez élevée, permettra dans beaucoup de cas, si l'on y songe, de soupçonner l'existence d'une collection gazo-purulente siégeant dans les régions supérieures de la cavité abdominale.

Dans l'observation suivante, où la persistance du murmure vésiculaire en avant, ne permet pas de maintenir le diagnostic d'hydro-pneumothorax. Nicholson n'affirma la présence d'un abcès gazeux sous-diaphragmatique qu'après avoir constaté les variations de la matité hépatique suivant la position du malade.

OBSERVATION IX (Résumée)

Cas de pneumothorax sous-phrénique, intervention chirurgicale, guérison. par F. NICHOLSON et D. LOWSON in *British medical journal*, 24 octobre 1896.

Homme 26 ans, dyssenterie antérieure. Un an avant son entrée à l'hôpital, douleurs sourdes à la partie inférieure de la poitrine, qui durent pendant des mois, au début, nausées et vomissements.

A la percussion du thorax, tympanisme en avant, murmure

vésiculaire normal, diminution de la matité hépatique qui ne mesure pas plus d'un pouce dans la ligne mamillaire droite. Sensibilité vers la vésicule, ni ascite, ni œdème. Rien du côté du tube digestif, du cœur et du poumon gauche.

A droite, on ne tarde pas à noter le bruit d'airain en avant, et derrière la ligne mamillaire, la succussion hypocratique. Ponction exploratrice négative.

On pose le diagnostic d'hydro-pneumothorax purulent, ce qui ne concorde pas avec l'existence d'une bonne respiration en avant.

Mais on observe un jour que chaque fois que le malade est assis sur son lit, la surface de matité hépatique augmente de 3 pouces ; les deux pouces supérieurs de matité disparaissent quand le malade se couche.

On remarque en outre que la succussion hippocratique est plus perceptible en avant qu'en arrière la présence du bruit d'airain sous la 5^e côte arrière, amène le Dr Nicholson à soupçonner la présence d'un abcès gazeux sous diaphragmatique qui ne pouvait être rattaché que de loin à une dysenterie ancienne.

Opération le 7 mai 1893. Le chirurgien forme un large clapet demi-circulaire qu'il rabat sur la surface hépatique. Lavage de la cavité, guérison le 20 juillet.

4^o *Signes fournis par l'examen du poumon.* — D'un côté un poumon absolument sain, au sommet de l'autre une respiration normale, puis tout à coup absence complète de murmure vésiculaire, sonorité tympanique jusqu'au rebord des fausses côtes, tout cela ne se rencontre guère que dans le pyopneumothorax sous-phrénique. La pleurésie concomitante aide considérablement pour faire le diagnostic car on ne comprend pas qu'il puisse exister sans interposition du diaphragme un épanchement liquide au-dessus d'une collection gazeuse. Dans le cas suivant

où l'on constatait la matité hydrique au-dessus d'une zone tympanique très étendue, il était relativement facile d'affirmer la présence d'un abcès gazeux.

OBSERVATION X (Résumée).

Cas d'abcès sous-phrénique accompagné d'empyème, traité avec succès, par JAME NAUGHT. British medical Journal, du 22 mai 1897.

Un homme âgé de 33 ans, ayant eu des troubles gastriques antérieurs, sans hématemèse, est atteint de douleurs épigastriques et de vomissements graves le 18 septembre 1896. Malgré la gravité des symptômes, il n'y avait pas de péritonite généralisée postérieure et rien n'indiquait une perforation de l'estomac. On lui administre de la morphine, il s'alimente régulièrement et les vomissements cessent.

Dix jours après cette première attaque, son état s'était considérablement amélioré quand tout à coup il ressentit une douleur vive derrière l'angle de l'omoplate droite; température 101 (Fahrenheit) pouls 114. A l'auscultation dans la région douloureuse, on entend des frottements rudes; toux sèche, expectoration insignifiante.

Comme le malade gardait le lit depuis quelque temps, on pouvait écarter la pleurésie *a frigore*, et l'on pensa, étant donnés les symptômes antérieurs, à une inflammation ayant son origine dans la région de l'estomac et du duodenum, avec propagation à la plèvre diaphragmatique.

Deux jours plus tard, tuméfaction assez considérable de l'épigastre, le foie descend presque au niveau de l'ombilic. La matité hépatique est remplacée par un son tympanique s'étendant du rebord inférieur des fausses côtes jusqu'au sein en avant et en arrière jusqu'en un point correspondant à la ligne axillaire

antérieure. Au-dessus de l'aire tympanique en avant, matité sur une bande large de deux pouces. Au-dessus, résonnance habituelle du poumon, râles humides à l'auscultation. Dyspnée, expectoration insignifiante.

Pendant les 48 heures qui suivent, la surface tympanique augmente, et l'on note une extension en dehors, quand on fait coucher le malade sur le côté gauche. Obtient du clapotement en secouant le malade, en le déplaçant, ou simplement par la pression. Avec la percussion on différencie assez facilement l'estomac de la zone tympanique.

Une aiguille hypodermique introduite entre la 9^e et la 10^e côte dans la ligne axillaire postérieure, ramène un pus fétide, et une incision pratiquée au même endroit donne issue à une grande quantité de gaz et de pus.

Une aiguille hypodermique introduite entre la 5^e et 6^e côte ramène un liquide séreux. Un lavage quotidien de la cavité sous-phrénique amène en quelques jours la disparition de la fétidité et de l'écoulement.

Pendant deux semaines, le malade va s'améliorant tous les jours, quand tout à coup la dyspnée augmente, le pouls s'accélère, la température s'élève, l'état général devient mauvais; on pense à la transformation purulente de la pleurésie et l'aspiration pratiquée entre la 5^e et 6^e côte donne en effet, dix onces de pus. Lavage antiseptique sans retirer l'aiguille.

L'amélioration reprend son cours, le foie remonte peu à peu, si bien que l'introduction du drain devient très difficile : on le retire, mais la fétidité reparait. On draine de nouveau, et l'on fait un lavage antiseptique suivi immédiatement d'un frisson intense et d'une élévation considérable de température.

Le 3 novembre, résection d'un pouce de la 7^e côte, issue d'une grande quantité de pus et de caillots fibrineux, drainage pendant une semaine, tamponnement à la gaze iodoformée, arrêt presque subit de l'écoulement du pus de l'abcès sous-phrénique, cicatrisation de la paroi. Amélioration rapide dans l'état géné-

ral du sujet, qui sort de l'hôpital trois mois après sa première attaque.

5° *Déplacement du cœur.* — Dans le pneumothorax gauche, le cœur peut-être repoussé à droite, mais ce n'est que dans l'abcès gazeux sous-phrénique qu'on le voit remonter quelquefois jusqu'à la 3^e côte.

6° *Données de la ponction exploratrice.* — Elles sont très précieuses. On retire ou bien des gaz seulement, ou bien mélangé à ces gaz un liquide verdâtre, ichoreux, fétide, d'une odeur repoussante, comme il arrive chaque fois que l'on ouvre une collection située au voisinage de l'intestin.

La ponction permet en outre de constater, au-dessus de l'abcès, la présence d'une pleurésie séreuse qui très rarement se transforme en pleurésie purulente.

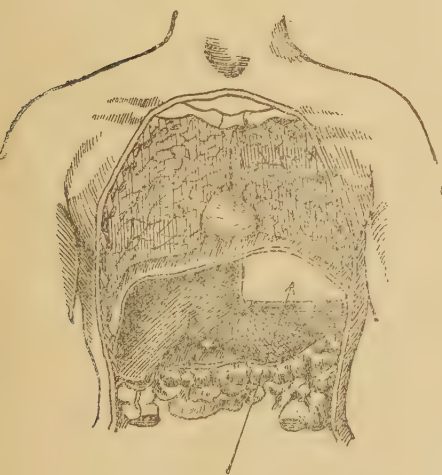
7° *Radioscopie.* — Au cours de ce travail nous nous sommes demandés si la radioscopie ne pourrait pas rendre des services dans une maladie on l'on note en général un déplacement parfois considérable du cœur, du diaphragme et du foie. Comme on est arrivé en ces derniers temps à donner aux rayons Röntgen des intensités variables qui permettent de voir les différents viscères et la voûte musculo-aponévrotique du diaphragme, il y a peut-être là un nouveau moyen de diagnostic à utiliser.

Diagnostic différentiel. — Quels sont les états susceptibles de présenter des symptômes analogues à ceux que nous avons décrits plus haut ?

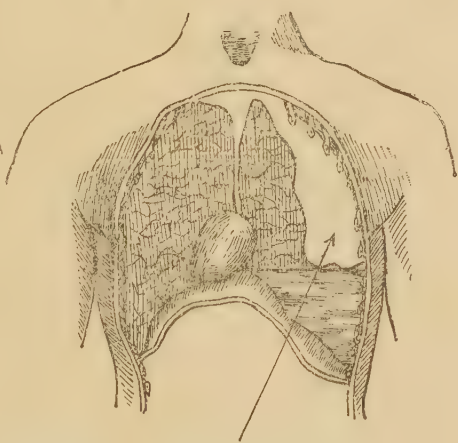
L'abcès sous-diaphragmatique simple en premier lieu. Il semble au premier abord assez facile de faire la

distinction, et pourtant l'erreur a été plusieurs fois commise. Dans deux cas cités au cours de ce travail, le médecin voulant vérifier les données de la percussion, fut tout étonné de trouver la seringue remplie de gaz infect, quand il s'attendait à ne ramener que du pus. Il s'agit de ces malades chez lesquels les signes de tympanisme après avoir été très nets, s'atténuent, disparaissent même et peuvent très raisonnablement être mis sur le compte d'une distension passagère d'un segment du tube digestif. Nous croyons que la ponction exploratrice seule peut donner, dans ces cas spéciaux des indications sérieuses.

Mais c'est avec le pyopneumothorax, surtout le pyopneumothorax partiel inférieur, que l'on a confondu le plus souvent l'abcès gazeux sous-phrénique, variété thoracique.



Abcès gazeux sous-diaphragmatique gauche (d'après Beck).



Pyopneumothorax gauche (d'après Beck).

Le pneumothorax généralisé donnant à la percussion une soncrété tympanique dans toute la hauteur du poumon, à l'auscultation une absence totale de murmure vésiculaire de la base au sommet, une matité hépatique normale, et compliquant toujours une affection pulmonaire grave, on ne manquera pas d'éléments sérieux pour le diagnostic différentiel. Les deux figures schématiques ci-contre indiquent clairement que la percussion et l'auscultation doivent suffire en général pour distinguer les deux affections.

Mais il n'en n'est pas de même quand l'irruption de gaz dans la plèvre est précédé d'adhérences solides des deux feuillets ; le pneumothorax partiel inférieur ainsi produit a bien des signes communs avec l'affection qui nous occupe.

Il ne faut pas trop compter comme on l'a vu, sur les données de la percussion, excepté cependant le cas où une pleurésie est venu compliquer l'abcès sous-phrénique. On trouve, alors en avant, entre la zone tympanique inférieure et la sonorité pulmonaire normale, dans la région des 4^e et 5^e côtes quelques centimètres de matité complète qui permettront d'éliminer le pneumothorax partiel inférieur. « Ce signe excepté, dit Coupland (obs. V) mon malade présentait absolument les mêmes symptômes qu'un autre malade atteint de pneumothorax de la base droite, d'origine tuberculeuse, et qui, par une coïncidence curieuse, occupait le même lit de la salle avant l'admission du malade actuel. »

Un autre signe de diagnostic différentiel indiqué par Leyden est basé sur le déplacement du diaphragme par

les grandes inspirations susceptibles d'abaisser la limite de sonorité tympanique. Mais ce signe est loin d'être pathognomonique. La douleur provoquée par l'acte inspiratoire, les adhérences contractées par le muscle, ses altérations plus ou moins considérables amenant sa déchéance physiologique, tout s'oppose à l'expansion du poumon sus-jacent.

Nous avons parlé plus haut de la ponction exploratrice. Si laissant en place l'aiguille, ou remplace la seringue par un tube, dans le cas de collection sous diaphragmatique, l'écoulement augmente pëndant l'inspiration et diminue pendant l'expiration ; le contraire se passe quand on vide une collection hydro-aérique de la plèvre.

Quand l'abcès gazeux proémine du côté de l'abdomen, on pourra le confondre avec une dilatation de l'estomac. Des symptômes gastriques antérieurs, une température peu élevée peuvent induire en erreur, mais il suffira de pratiquer à différentes reprises un lavage de l'estomac pour lever tous les doutes.

Le météorisme, les douleurs abdominales, l'arrêt des matières, sont des signes communs à l'obstruction intestinale et à l'abcès sous-phrénique, mais la constipation transitoire, la fièvre généralement assez élevée permettant d'éviter l'erreur.

M. Rigal observa un jour chez un févreux, au niveau de la base du thorax, de l'immobilité du diaphragme, du tympanisme, une respiration amphorique et des bruits d'airain. A l'autopsie on trouva le diaphragme refoulé

jusqu'à la quatrième côte par une anse du gros intestin, très distendu par des gaz.

Chez le malade de Muselier, qui fait le sujet de la thèse de Thouvenin, on constatait : coloration jaune paille des téguments, dégoût de la viande, anorexie, amaigrissement, ganglions inguinaux, rénitence profonde, bref tous les signes d'une néoplasie abdominale. L'examen *post mortem* montra la présence de deux collections gazo-purulentes à la partie supérieure des hypocondres.

TRAITEMENT

Une intervention immédiate est absolument indiquée dès que le médecin a posé le diagnostic d'abcès gazeux sous-diaphragmatique. Le chirurgien éprouvera cependant une certaine hésitation quand il se trouvera en présence de malades absolument débilités, et incapables de supporter le choc opératoire. « Il faut renoncer à l'opération si la dépression est trop prononcée » (Potain). « Le traitement chirurgical n'aurait pour résultat que de rompre les adhérences protectrices, de hâter la mort et de déprécier la chirurgie. » (Revilliod, de Genève).

Ces restrictions faites, nous allons exposer quelques procédés employés avec succès en ces derniers temps.

Dans un cas où l'abcès n'était rapproché de la paroi thoracique qu'à une faible étendue, Renvers craignant de blesser le diaphragme et la plèvre s'il pratiquait une large ouverture, eut recours à la ponction avec drainage simultané qui lui avait déjà donné de bons résultats dans des circonstances semblables. Il enfonça un trocart de 3 millimètres de diamètre dans le 7^e espace intercostal, retira le stylet, puis introduisit par la canule une sonde de Nélaton s'y adaptant exactement et retira la canule. Issue de 500 cent. cubes de pus guérison rapide. Renvers conseille de laisser en place avec le drain, le tro-

cart pendant un jour ou deux pour permettre la formation d'adhérences circonvoisines qui préviennent l'infection de la cavité pleurale.

Jonnesco pratiqua chez son malade une incision longitudinale de 12 cent., sur le bord externe du muscle droit. Râclage des fausses membranes à la curette de Vollkmann, lavage de la poche au sublimé. Drainage de Mickulicz ; pansement sec, absorbant et compressif.

La voie transpleurale, avec résection costale, jouit de la faveur d'un certain nombre de chirurgiens étrangers. Elle a été parfois employée dans les cas où, croyant inciser un simple empyème, on y est tombé sur une collection intra-abdominale.

On peu reprocher à cette méthode de n'obtenir qu'une évacuation incomplète du foyer purulent ouvert à sa partie supérieure ; le pneumothorax opératoire et l'infection de la plèvre sont à craindre ; d'autre part, ce procédé peut laisser passer inaperçu un épanchement intra-pleural si les deux feuillets de la séreuse sont soudés à la partie inférieure. Mais en ce qui concerne le pneumothorax, dit Grimm, il ne faut pas perdre de vue que l'on ne se trouve plus en présence de signes physiologiques normaux : le diaphragme repoussé très haut se trouve en contact intime avec la paroi thoracique, ce qui diminue singulièrement sa force inspiratoire. Grimm conseille de vider l'abcès lentement pour ne pas amener une décongestion trop brusque du poumon ; il place une éponge sur la plaie pour modérer l'issue du pus. Il préconise l'anesthésie locale dans une affection où l'acte respiratoire est considérablement entravé.

Quand l'abcès proémine du côté de l'abdomen, le procédé le plus simple consiste à ouvrir la paroi dans la région la plus saillante, comme l'a fait avec succès le professeur Debove.

L'incision médiane allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic a donné des résultats excellents à MM. Lejars et Lacharrière. Pour opposer au pus une barrière efficace. Lacharrière eut l'idée de faire passer à travers la capsule de Glisson un des fils de soie qui suturaient le péritoine.

Une autre méthode, préconisée par le professeur Lannelongue est exposée avec beaucoup de détails dans la thèse de Camiot, dont voici les conclusions.

I. — Il existe en avant une partie du bord inférieur du thorax qui n'est pas doublée à sa partie profonde par la plèvre pariétale.

II. — Cette partie, entièrement cartilagineuse, peut être réséquée sans blesser aucun organe important et sans ouvrir le cul-de-sac pleural.

III. — L'incision sera faite au bistouri, à 2 cent. au-dessus du rebord costal. Elle commencera à 3 cent. du sternum pour finir à l'union de la 10^e côte et de son cartilage. Le rebord costal sera isolé et reséqué avec le costotome de Collin. La partie enlevée comprendra les 10^e, 9^e, 8^e et quelquefois 7^e cartilages costaux et les espaces correspondants.

Etant donné que les différents procédés employés ont fait leurs preuves, nous concluons qu'il n'y a pas d'opération de choix pour vider les abcès sous-diaphragmatiques gazeux. Il s'agit en somme, de faire à la peau une ouverture de 15 cent. environ dans la région où l'abcès

semble proéminer, de pratiquer ensuite un lavage abondant de la poche, avec une solution légèrement antiseptique et de laisser deux drains à demeure.

• Une statistique récente de Lauenstein (1896) montre que sur 74 cas traités par la chirurgie, il y a eu 35 succès. La mort est la règle dans les cas abandonnés à eux-mêmes.

Que si l'intervention chirurgicale n'est pas toujours suivie de succès, les autopsies nous en donnent les raisons :

a) Les perforations de l'estomac ou du duodenum, subsistent après l'ouverture de l'abcès et l'infection péritonéale se généralise.

b) D'autres fois on constate la présence de collections gazo-purulentes, méconnues par l'opérateur.

c) L'abcès était venu compliquer une maladie générale qui a emporté l'opéré.

d) Malgré les précautions prises, les adhérences se sont rompues en certains points, et la grande cavité péritonéale a été infectée.

e) Dans certains cas, le diagnostic a été porté trop tard. Le malade cachectisé était incapable de supporter le choc opératoire.

CONCLUSIONS

Les abcès gazeux sous-diaphragmatiques, ne sont peut-être pas aussi rares qu'on le pense communément ; en ces derniers temps, la littérature médicale s'est considérablement enrichie sur ce point, parce que l'affection commence à être reconnue et par suite observée plus souvent. Il est regrettable que la plupart des chirurgiens n'ayant en vue que le traitement, aient confondu jusqu'ici dans une même étude, les abcès simples et les abcès gazeux.

La symptomatologie de ces derniers, s'est suffisamment précisée depuis quelques années pour que le diagnostic soit devenu relativement facile. Cependant comme il n'y a pas de signe pathognomonique connu jusqu'ici, il sera toujours prudent de n'affirmer la présence d'une collection gazo-purulente sous le diaphragme que sur l'ensemble des symptômes, et les troubles digestifs antérieurs. La ponction exploratrice sera toujours un guide précieux ; peut-être la radioscopie pourra-t-elle aussi rendre des services.

En ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie, à côté des abcès dus à des perforations du tube digestif, on en rencontre tant d'autres où ce processus ne saurait être invoqué, que nombre de cliniciens, s'appuyant sur la bac-

tériologie, ne sont pas loin d'affirmer la production spontanée de gaz au sein de péritonites partielles.

Dans tous les cas, si le fait est certain, comme nous le pensons, ce sera une raison de plus pour se hâter d'intervenir chirurgicalement avant que l'organisme ne soit la proie de l'infection générale que fait prévoir la production de gaz putrides.

Il n'y a pas d'opération de choix ; étant donné que ces abcès n'ont pas tous la même physionomie, le meilleur procédé est celui qui obtient l'évacuation du pus la plus complète. Tout au plus peut-on dire que la voie transpleurale avec résection costale pour la variété thoracique, la laparotomie sus-ombilicale pour la variété abdominale, sont particulièrement indiquées. Comme le montrent les statistiques, le pronostic est beaucoup moins sombre qu'autrefois.

Faisons remarquer en terminant, que l'appendicite mieux connue et mieux traitée depuis quelque temps, entrera pour une part de plus en plus faible dans l'étiologie de l'abcès gazeux sous-diaphragmatique.

Vu, le doyen :

BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse,

" DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE.

- AUDEOUD. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1891 n° 10.
- BARLOW. Perforation of stomach with obscure thoracissymptôm. *London méd. Gaz.* mai 1845.
- BECK. Subphrennic abscess. *New-York, Méd. Record.* 15 février 1896.
- BESREDKA. Thèse de Paris, 1897.
- CANNICOT. Thèse de Paris 1891.
- COSSY. *Archives générales de médecine.* Novembre 1879.
- COUPLAND. *British medical Journal.* 1889, n° 22.
- COURTOIS-SUFFIT. *Société Médicale des Hôpitaux.* Bulletin du 18 novembre 1897.
- DEBOVE et RÉMOND. *Gazette des Hôpitaux.* n° 124. 1890.
- EISENHOR. *Berlin. Klin. Woch.* n° 37, 1877 et *Deutsche Méd. Woch.*, n° 44. 1890.
- GLASER. *Deutsche Méd. Woch.* n° 11. 1885.
- GRANDSIRE. Thèse de Paris. 1895.
- JACCOUD. Cliniques de la Charité, 1884-1885.
- JONNESCO. Société de chirurgie. Séance 30 octobre 1895.
- LANG. Thèse de Moscou. 1895.
- LAUENSTEIN. — *British medical Journal.* 10 octobre 1896.
- LEYDEN. *Zeitschrift f. klin. Medicin.* B.d. I. f. 2. 1879.
- LEZDEN UND RENVERS. *Berlin. Klin. Woch.* n° 46. 1892.
- MAYDL. Ueber subphrenische Abcesse. *Wien.* 1894.
- MAUCLAIRE. *Gaz. des H.* 1895. page 317.
- NAUGHT. *British medical Journal*, 22 mai 1897.

NICHOLSON et LOWSON. *British medical Journal*, du 24 octobre 1896.

POTAIN. *Bulletin médical* du 13 novembre 1895.

GRIMM. *Prag. Méd. Wochen.* 30 avril 1896 et sq.

THOUVENIN. Thèse de Paris, 1896.

VAULAIR. *Revue de Médecine*, 1893, pages 561-587.

